

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL ESCOLA

Rômulo Botelho SILVA^a, Marisa Dias Rolan LOUREIRO^b, Oleci Pereira FROTA^c,
Fernanda Barrios ORTEGA^d, Carlos César Bontempo FERRAZ^d

RESUMO

Este estudo transversal objetivou analisar a qualidade da assistência de enfermagem numa unidade de terapia intensiva geral para adultos de um hospital escola. Os dados foram coletados de 23 clientes com permanência na unidade ≥ 72 horas, de junho a novembro de 2012, por meio de um Roteiro de Auditoria Operacional e a qualidade dos cuidados foi classificada segundo o índice de positividade (IP) da seguinte forma: IP = 100%: cuidado desejável; de 90-99%: adequado; de 80-89%: seguro; de 70-79%: limítrofe; e $< 70\%$: cuidado sofrível. Assim, a qualidade da assistência prestada foi sofrível, pois a média global foi 61,71%. Ademais, o melhor IP foi atribuído ao item “utilização de equipamentos” (100%) e o pior ao item “atividades físicas” (17,39%). Este estudo estabeleceu o diagnóstico situacional das práticas de enfermagem no cenário estudado, etapa fundamental para o planejamento de estratégias e ações que visem à melhoria da qualidade da assistência prestada.

Descritores: Qualidade da assistência à saúde. Cuidados de enfermagem. Terapia intensiva. Avaliação em enfermagem. Auditoria de enfermagem.

RESUMEN

Este estudio transversal tuvo como objetivo analizar la calidad de la atención de enfermería en una unidad general de cuidados intensivos para adultos de un hospital escuela. Los datos fueron recolectados de 23 clientes, de junio a noviembre de 2012, a través de un Guión de Auditoría Operacional y la calidad de la atención de clasificados de acuerdo con el índice de positividad (IP) de la siguiente manera: IP = 100%: cuidado deseable; 90-99%: adecuado; 80-89%: seguros, 70-79%: límite, y $> 70\%$: atención sufrible. Así, la calidad de la atención proporcionada ha sido calificada como sufrible, pues el promedio global fue del 61,71%. Además, se encontró que el mejor IP fue asignado al ítem utilización de equipamientos (100%) y el peor al ítem actividades físicas (17,39%). Este estudio estableció el diagnóstico situacional de las prácticas de enfermería en el ambiente estudiado, etapa fundamental en la planificación de estrategias y acciones dirigidas a mejorar la calidad de la atención prestada.

Descriptores: Calidad de la atención de salud. Atención de enfermería. Cuidados intensivos. Evaluación en enfermería. Auditoría de enfermería.

Título: Calidad de la atención de enfermería de unidad de cuidados intensivos de un hospital escuela.

ABSTRACT

This cross-sectional study aimed to identify and analyze the quality of nursing care in an adult general intensive care unit (ICU) at a university hospital. Data were collected from 23 clients with ICU length of stay ≥ 72 hours, from June to November 2012, through an Operational Audit Script and quality of care classified according to the index of positivity (IP) as follows: IP = 100%: desirable care; 90-99%: appropriate care; 80-89%: safe care; 70-79%: limitrophe care, and $> 70\%$: tolerable care. Thus, the quality of care provided was rated as tolerable, as the global average was 61.71%. Furthermore, it was found that the best IP was assigned to the item equipment use (100%) and the worst to the item physical activities (17.39%). This study established the diagnosis of the status of nursing practices in the studied environment, which is a critical step in planning strategies and actions aimed at improving the quality of care provided.

Descriptors: Quality of health care. Nursing care. Intensive care. Nursing assessment. Nursing audit.

Title: Quality of nursing care in intensive care unit at a university hospital.

a Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Campo Grande, MS, Brasil.

b Professora Doutora do Curso de Enfermagem da UFMS. Campo Grande, MS, Brasil.

c Enfermeiro. Mestrando do Programa de Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste pela UFMS. Campo Grande, MS, Brasil.

d Enfermeiro(a) Especialista em Intensivismo Hospitalar e Urgência e Emergência. Campo Grande, MS, Brasil.

INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico e a melhoria do acesso às informações provocaram mudanças na prestação de serviços e no padrão de comportamento da sociedade. Com isso, o indivíduo deixou de ser condescendente e passou a exigir qualidade ao consumir serviços e produtos. Nessa direção, no contexto da saúde a equipe de enfermagem convive com o constante desafio de assegurar a qualidade assistencial no atendimento às necessidades e demandas dos clientes de maneira eficiente e eficaz⁽¹⁾.

Ao profissional de enfermagem é cobrada uma atitude reflexiva acerca de seu comportamento diante das dificuldades encontradas na prática, com vista a promover mudanças de paradigmas e favorecer o crescimento e fortalecimento da profissão⁽²⁾. Como ciência em desenvolvimento, a enfermagem necessita ampliar seus conhecimentos e aprimorar suas habilidades técnicas de modo que estes possam subsidiar a assistência⁽³⁾.

Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), em detrimento às suas características intrínsecas, como a diversidade tecnológica, convivência diária com situações de estresse, ocorrência frequente de morte e a priorização dos aspectos técnico-biológicos na manutenção da vida, o desenvolvimento de uma assistência holística e humanística pela equipe de saúde tem sofrido interferência das características deste ambiente⁽⁴⁾.

A qualidade assistencial é considerada um processo complexo, o qual tem como função identificar constantemente os fatores passíveis de melhorias na dinâmica de trabalho da equipe de enfermagem. Para tanto, requer do enfermeiro a implantação de ações e a construção de instrumentos que permitam avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados⁽⁵⁾.

Assim como os demais gestores, compete aos enfermeiros o gerenciamento do serviço ou unidade e a divulgação dos resultados alcançados por meio de indicadores^(2,5). Independentemente dos programas de qualidade e modelos avaliativos a serem adotados, considera-se importante que a equipe de enfermagem mantenha compromisso com a assistência, assegurando a qualidade do cuidado prestado e, principalmente, a satisfação do cliente e seus familiares, uma vez que gera impacto direto nos resultados^(1,2). A avaliação qualitativa de um serviço é uma estratégia administrativa potencialmente poderosa que, se utilizada de forma adequada, pode tornar-se fundamental para a organização⁽³⁾.

A conscientização da necessidade de ofertar serviços com qualidade na saúde não é mais uma atitude isolada e sim um imperativo técnico e social⁽¹⁾. Contudo, seu desenvolvimento ainda se dá com impasses tais como a carência de investigações sobre os problemas na prestação de serviços e assistência de enfermagem; o não uso dos resultados de pesquisa para modificar as práticas em prol da clientela; insuficiência de capacitação dos enfermeiros para que possam incorporar a investigação científica no serviço⁽⁶⁾.

Com o surgimento de métodos avaliativos dos padrões de qualidade regidos principalmente pelas normas da *International Organization for Standardization* (ISO) e padrões de acreditação hospitalar, ficam disponíveis ferramentas que podem ser utilizadas pelas instituições de saúde para nortear a organização e melhoria contínua dos serviços prestados e dos parâmetros de desempenho⁽³⁾.

Frente ao exposto surgiu a indagação: diante das particularidades de uma UTI os cuidados de enfermagem prestados tem assegurado um serviço de qualidade? Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar a qualidade da assistência de enfermagem numa UTI geral para adultos de um hospital escola.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido em uma UTI geral de clientes adultos de um Hospital Universitário de Mato Grosso do Sul, vinculado ao Sistema Único de Saúde. A pesquisa foi realizada no período de junho a novembro de 2012, quando a unidade contava com oito leitos ativados.

A amostra deste estudo foi formada por conveniência, foram incluídos clientes que permaneceram internados por período superior a 72 horas na unidade, e cujo responsável legal concordou com a sua participação mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este último justifica-se pelo fato do paciente crítico encontrar-se em estado de fragilidade físico-emocional. Foram excluídos clientes indígenas e indivíduos institucionalizados.

A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário do tipo “*Check-list*” adaptado do Roteiro para Auditoria Operacional elaborado pela Assessoria de Controle de Qualidade da Assistência de Enfermagem do Hospital Universitário de Londrina-Paraná, e descrito por Haddad⁽⁷⁾. A adaptação do instrumento se deu por meio de um teste piloto onde foram feitas adequações à realidade

local. Seis subitens foram retirados do formulário original por não contemplarem a rotina do setor ou terem sido considerados subjetivos para avaliação (o paciente acamado está em posição correta; a tração ortopédica está colocada corretamente; gessos e talas estão cuidados corretamente; tábuas para os pés e sacos de areia estão colocados adequadamente; o oxigênio está com quantidade e instalação correta e o dreno de tórax está com instalação adequada) e dois novos foram incluídos (coxins de conforto estão corretamente aplicados e dreno de tórax com fixação adequada), desta forma, o mesmo ficou composto de oito itens e 61 subitens a saber:

Item 1 – Higiene e Conforto, com oito subitens: cuidados com a boca; ordem dos cabelos; realização de tricotomia facial; aparamento das unhas dos pés e mãos; ausência de irritações e obstruções em sondas e drenos; aplicação de coxins de conforto; presença de curativos limpos e secos; e ordem/limpeza do leito do paciente;

Item 2 – Atividades Físicas, com dois subitens: programação de mudança de decúbito em paciente dependente; formação de úlcera por pressão (UP) nas últimas 24 horas;

Item 3 – Segurança Física, composto por doze subitens: identificação correta e completa do paciente; acomodação segura na cadeira de rodas ou poltrona; posicionamento adequado das grades do leito; ausência de queda do leito nas últimas 24 horas; limpeza e adequado posicionamento das restrições de membros; presença de campainha ao alcance do paciente; segurança e adequação do mobiliário do box; presença de objetos limpos acumulados no box; presença de objetos contaminados acumulados no box; adequação do equipamento elétrico do box; limpeza do ambiente; e agendamento de exames;

Item 4 – Nutrição e Hidratação, com quinze subitens: troca dos equipos de microgotas e de bomba de infusão a cada 72 horas como preconizado no setor estudado; presença de data e instalação dos equipos de pressão venosa central (PVC) a cada 24 horas; ausência de sangue coagulado na parte interna do equipo de soro/medicações; ausência de sangue coagulado na parte externa do equipo de soro/medicações; identificação correta dos equipos de soro/medicações; identificação completa e correta dos soros/medicações instalados; identificação das punções venosas periféricas realizadas; troca

das punções venosas periféricas a cada 72 horas; presença de permeabilidade nos cateteres externos; ausência de seroma em membros superiores; troca dos equipos de dieta a cada 24 horas; limpeza dos equipos de dieta; presença de equipos coloridos para dieta e posicionamento do frasco da dieta acima da cabeça do paciente;

Item 5 – Oxigenação e Ventilação, com quatro subitens: proteção e manutenção adequada de inaladores; instalação e troca adequada dos nebulizadores; ausência de secreção em traqueostomia; limpeza do curativo de traqueostomia;

Item 6 – Utilização de Equipamentos, com apenas um subitem referente à utilização da forma correta dos equipamentos (monitor cardíaco, bombas infusoras, oxímetro de pulso e ventilador mecânico);

Item 7 – Eliminações, com sete subitens: presença de curativo ou coletor adequado em dreno de penrose; adequado enchimento e posicionamento de ostomias e bolsas coletoras; posicionamento adequado e manutenção de pressão negativa em dreno de porto-vac; identificação adequada do dreno de tórax; fixação adequada do dreno de tórax; correto posicionamento da sonda nasogástrica/nasoenteral; e adequada fixação do cateter vesical de demora (CVD);

Item 8 – Unidade de Terapia Intensiva, composto por doze subitens: presença de prescrição de enfermagem para todos os pacientes; presença mínima de duas evoluções diárias; registro da realização de um exame físico por período; registro de controle de sinais vitais e balanço hídrico no mínimo quatro anotações diárias; presença de camas com cabeceiras removíveis e grades laterais; presença de sistema fechado de coletor de urina; presença de roupa em número suficiente para a demanda; presença de cuidados preventivos para UP; ausência de obstrução, irritação local e infecção em drenos, coletores, sondas e cateteres; realização de orientação familiar sobre rotinas terapêuticas e cuidados prestados; presença de controle de ruído no setor; e realização de antisepsia nas mãos do pessoal, antes e após procedimentos no setor.

Para todos os subitens existiam três opções de respostas, *sim*, *não* e *não se aplica*, onde somente uma possibilidade de resposta foi permitida. A aplicação do *Check-list* ocorreu após a prestação dos cuidados de enfermagem na rotina do serviço no período

matutino por meio da observação das condições materiais e dos equipamentos utilizados pelo cliente durante sua internação no setor e na realização de exame físico. Cada observação foi realizada por um período aproximado de 40 minutos, dois enfermeiros devidamente treinados foram responsáveis pela coleta dos dados, sendo realizada uma única observação e realização de exame físico para cada participante. Os profissionais do setor tinham conhecimento do objetivo da pesquisa, no entanto, não conheciam os itens avaliados para que os resultados fossem os mais fidedignos. Os dados obtidos foram reunidos e categorizados em bancos de informações no *Software Microsoft Office Excel®* 2010.

Foram realizadas análises estatísticas das seguintes variáveis: média de idade e percentual das patologias que conduziram à internação na UTI. Para a determinação da qualidade dos cuidados avaliados por meio do Roteiro de Auditoria Operacional foi realizado o cálculo da frequência relativa das respostas positivas obtidas para todos os itens e subitens, a fim de identificar o Índice de Positividade (IP). A partir do cálculo do IP foi realizada a classificação dos itens e subitens com base em trabalhos anteriormente realizados^(7,8) que classificaram o cuidado de acordo com o IP obtido, sendo: IP de 100% – cuidado Desejável; IP entre 90 e 99% – cuidado Adequado; IP entre 80 e 89% – cuidado Seguro; IP entre 70 a 79% – cuidado Limítrofe e IP abaixo de 70% – cuidado Sofrível. Para fins deste estudo foram considerados de qualidade somente os itens do formulário que apresentaram IP igual ou superior a 70% ($IP \geq 70\%$).

Foram respeitados todos os aspectos éticos preconizados pela Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, referentes à pesquisa com seres humanos. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob o protocolo n° 48654/2012.

RESULTADOS

Durante o período de estudo 30 sujeitos atenderam aos critérios de inclusão. Desses três eram indígenas e quatro evoluíram para óbito antes da coleta dos dados; logo foram excluídos e a amostra constituída por 23 clientes, sendo 52,17% ($n=12$) do sexo masculino. A média da idade foi de 56,59 anos \pm 21,83. Os diagnósticos médicos que predominaram nas internações na UTI foram às doenças respiratórias (30,4%), digestivas (21,7%), neurológicas (17,4%),

infecto-parasitárias (17,4%), outras doenças somaram 13,1%. Os resultados obtidos por meio do formulário para cada item estão descritos na Tabela 1.

DISCUSSÃO

Dos cuidados avaliados apenas o item 6 (**Utilização de Equipamentos**) alcançou um índice de qualidade desejável. Isto mostra que relacionado a esta observação a UTI estudada está de acordo com a literatura, a qual destaca que durante a prática de cuidados intensivos é fundamental fazer uso dos equipamentos disponíveis para monitorizar diferentes órgãos mantendo, assim, vigilância constante das funções vitais do cliente⁽⁹⁾.

Os itens 1 (**Higiene e Conforto**) e 3 (**Segurança Física**) apresentaram IP superior a 70% e foram considerados de qualidade. Contudo, ao analisarmos seus subitens de forma isolada, foi possível perceber que os quesitos aparamento das unhas das mãos e pés (IP = 52,1%), aplicação de coxins de conforto (IP = 60,8%), ausência de acúmulo de materiais limpos no boxe (IP = 8,69%) e presença de campainha (IP = 0%) ainda estão aquém de serem considerados de qualidade.

Estes pontos refletem diretamente no compromisso que a enfermagem assume quando um cliente é admitido no setor; por se tratar na maioria das vezes de indivíduos que dependem totalmente dos cuidados da equipe, é responsabilidade dos profissionais da categoria zelar pela higiene e conforto do cliente e na manutenção do box organizado. Ressalta-se ainda que essas são práticas básicas que não exigem elevado conhecimento científico para serem desenvolvidas⁽⁸⁾.

A ausência de campainha nos boxes é outro fator preocupante. É importante destacar que este foi um problema estrutural identificado, porém, que reflete diretamente na assistência de enfermagem. A Resolução da Diretoria Colegiada n° 50/2002⁽¹⁰⁾ recomenda a existência de um meio de comunicação entre o cliente e a equipe de enfermagem; o que se percebe é que nas UTIs, por apresentarem normalmente uma clientela em estado de inconsciência/coma, a necessidade deste dispositivo não é percebida. Entretanto, ainda que em menor número, alguns clientes internados neste setor encontram-se com seu nível de consciência preservado e apresentam essa necessidade⁽⁸⁾. Apesar do item **Segurança Física**, ter sido classificado como de qualidade, seu IP situou-se como limítrofe inferior apontando que é preciso melhorias para aperfeiçoar este tipo de cuidado.

Tabela 1 – Roteiro de Auditoria Operacional e respectivos Índices de Positividade e Classificação de Qualidade. Campo Grande, MS, 2012.

Roteiro de Auditoria Operacional	Índice de Positividade(%)	Classificação de Qualidade*
1 – Higiene e Conforto	77,45	Limítrofe
2 – Atividade Física	17,39	Sofrível
3 – Segurança Física	71,06	Limítrofe
4 – Nutrição e Hidratação	63,97	Sofrível
5 – Oxigenação e Ventilação	61,70	Sofrível
6 – Utilização de Equipamentos	100	Desejável
7 – Eliminações	63,76	Sofrível
8 – Unidade de Terapia Intensiva	46,37	Sofrível
Média global	61,71	Sofrível

*Desejável: 100%; Adequada: 90-99%; Segura: 80- 89%; Limítrofe: 70-79%; Sofrível: < 70%.
Fonte: Dados da pesquisa.

O item 2 (**Atividades Físicas**) foi o que apresentou o pior IP (17,39%) de todos os itens avaliados. Analisando seus subitens individualmente verificou-se que a mudança de decúbito do cliente dependente programada pela enfermagem é inexistente (IP = 0%) e que a ausência de formação de UP obteve um IP de 34,7%.

Os dados existentes acerca do assunto destaca a íntima relação entre estes subitens. A falta de mobilidade é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de UP, pois predispõe o cliente a lesões teciduais devido à pressão em locais de proeminências ósseas. Assim, o cliente acamado e dependente torna-se mais vulnerável ao aparecimento destas quando esses cuidados não são devidamente prestados. Visando a prevenção de UP, a enfermagem deve realizar a mudança de decúbito programada do cliente dependente e o seu correto posicionamento no leito⁽¹¹⁾. A incidência desse tipo de úlcera é considerada um indicador de qualidade assistencial e de segurança do cliente⁽¹²⁾.

O item 4 (**Nutrição e Hidratação**) foi outro classificado como de qualidade sofrível por ter obtido IP abaixo de 70%. Os subitens que mais contribuíram para este resultado negativo são aqueles relacionados à troca dos equipos de bombas infusoras a cada 72 horas (IP = 8,6%), de PVC a cada 24 horas (IP = 21,7%) e sua correta identificação (IP = 4,3%) e outro à correta identificação dos soros instalados (IP = 21,7%).

Este ponto está diretamente relacionado no desenvolvimento de uma prática assistencial

segura. A troca de equipos é uma das medidas recomendadas para a prevenção de infecções primárias da corrente sanguínea, um dos tipos de infecções frequentemente relacionado à assistência de saúde e que está associada a um aumento da taxa de mortalidade, prolongamento do tempo e custos de internação. A equipe de enfermagem deve estar alerta para esta questão, apenas o fato de estar internado em uma UTI potencializa este risco; há dados que apontam uma mortalidade de 69% quando estes dois fatores estão associados⁽¹³⁾.

A identificação das medicações instaladas é outra variável preocupante, já que ocorreu na maioria das vezes de forma incompleta ou até mesmo estava ausente durante algumas observações. A preocupação com a segurança do cliente no ambiente hospitalar tem sido destaque no cenário nacional, embora o cuidado acarrete em benefícios para os que carecem dele, os erros são passíveis de acontecer e muitas vezes acompanhados de grandes consequências⁽¹⁴⁾.

Neste estudo, não foi avaliada a ocorrência de eventos adversos relacionados à falta de identificação dos medicamentos administrados, contudo, é elevada a proporção de eventos adversos de causas evitáveis que ocorrem em hospitais de ensino brasileiro destacando a dimensão e as especificidades dos problemas de segurança dos doentes⁽¹⁵⁾. A classificação de qualidade sofrível atribuída à correta identificação das medicações administradas na UTI estudada ressalta a necessidade para o desenvolvimento de estratégias que permitam a correção

das falhas e a criação de um método de cuidados seguros em saúde.

O item 5 (**Oxigenação e Ventilação**) que apresentou IP 61,7% teve o subitem instalação e troca adequada dos nebulizadores (IP = 0%) como principal contribuinte para este resultado negativo. Não se pode afirmar que a troca não era realizada, porém, como não possuíam identificação correta com data e hora foi considerada a resposta negativa como melhor alternativa para este quesito durante a observação. Os umidificadores são usados para prevenir o ressecamento e a irritação das vias aéreas superiores. Os mesmos devem ser mantidos preenchidos com água esterelizada para diminuir o risco de proliferação bacteriana e serem substituídos a cada sete dias e a troca corretamente identificada com data e hora⁽¹⁶⁾.

No item 7 (**Eliminações**) também classificado como sofrível, o subitem correta fixação do CVD (cateter vesical de demora) obteve um IP de 9,09% sendo o índice mais baixo de todos os subitens avaliados. Estudo realizado com o objetivo de avaliar os fatores predisponentes para ocorrência de infecções do trato urinário associada à manutenção deste dispositivo invasivo em pacientes de uma UTI do interior paulista, evidenciou que a fixação foi o componente com menor índice de adequação e que apesar de ser uma técnica simples esta foi pouco incorporada à prática clínica⁽¹⁷⁾. A recomendação é de que a fixação do CVD no sexo feminino deva ocorrer na face interna da coxa para evitar possível tensão no triângulo urogenital e no sexo masculino no abdome inferior com o objetivo de reduzir a curva uretral eliminando a pressão no ângulo peniano escrotal minimizando o risco de fístula⁽¹⁸⁾.

Na avaliação do item 8 (**Unidade de Terapia Intensiva**) destacaram-se negativamente os subitens prescrição de enfermagem para todos os clientes, mínimo de duas evoluções diárias e registro de exame físico por período realizados pelo enfermeiro ambos com IP igual a 0%, estes subitens estão diretamente ligados ao Processo de Enfermagem.

Muitas são as questões apontadas como limitantes para a implantação do Processo de Enfermagem, dentre elas destacam-se carga horária de trabalho elevada, ausência de profissionais em número suficiente, intrínseca relação com questões administrativas e até mesmo profissionais despreparados⁽²⁰⁾. Contudo, é imprescindível que os clientes de uma UTI tenham um plano de cuidados traçado de forma individual pelo enfermeiro. Para realizar este processo é preciso assumir compromisso com sua aplicação, responsabilidade na execução e difusão do conhecimento para

que a equipe aprimore suas atividades na busca pelo restabelecimento do estado de saúde do doente⁽¹⁹⁾.

Ressalta-se que as atribuições do enfermeiro nesse contexto não devam restringir-se à confecção e implementação de protocolos preventivos, mas também à avaliação periódica da adesão às medidas propostas, aplicação de indicadores clínicos, educação continuada e comprometimento com a qualidade e/ou melhoria de questões estruturais e organizações além de recursos humanos e materiais.

Os resultados obtidos neste trabalho limitam-se a uma observação local, logo, não reproduzem a realidade global da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem atuantes em UTIs. Para o conhecimento deste dado, estudos futuros com maior número de observações em diferentes UTIs e nas distintas regiões do país fazem-se necessários.

CONCLUSÃO

Verificou-se que a qualidade da assistência de enfermagem na UTI estudada foi classificada como sofrível. Apenas o item utilização de equipamentos obteve índice desejável e os itens higiene e conforto e segurança física, apesar de terem alcançado IP superior a 70% demonstram a necessidade de melhorias. Os demais itens avaliados obtiveram índices inferiores a 70% e apontam que as práticas precisam ser revistas e reformuladas para o alcance da qualidade.

Este trabalho permitiu estabelecer o diagnóstico situacional das práticas de enfermagem no cenário estudado, etapa fundamental para o planejamento de atividades educativas pautadas na realidade local, visando à melhoria da qualidade da assistência prestada. Além disso, por se tratar de campo de ensino para graduação e pós-graduação de diferentes áreas da saúde, as práticas adotadas em hospitais escola são passíveis de reprodução em diferentes realidades internas e externas para aqueles que estão em processo de formação profissional.

REFERÊNCIAS

- 1 Yuri NE, Tronchin DMR. Qualidade assistencial na divisão de enfermagem materno-infantil de um hospital universitário na ótica de enfermeiros. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(2):331-8.
- 2 Barbosa LR, Melo MRAC. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm. 2008;61(2):366-70.

- 3 Franco JN, Barros BPA, Vaidotas M, D'Innocenzo M. Percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial. Rev Bras Enferm. 2010;63(5):806-10.
- 4 Barros WG, Frota OP, Ferreira AM. Implementação do processo de enfermagem: estudo de caso numa unidade de terapia intensiva. Enfermagem Brasil. 2009;8(4):212-16.
- 5 Labbadia LL, D'Innocenzo M, Fogliano RRF, Silva GEF, Queiroz RMRM, Carmagnani MIS, Salvador ME. Sistema informatizado para gerenciamento de indicadores da assistência de enfermagem do Hospital São Paulo. Rev Esc Enferm. USP. 2011;45(4):1013-7.
- 6 Carvalho EC, Laus AM, Caliri MHL, Rossi LG. Da produção à utilização de resultados de pesquisa na prática assistencial: uma experiência em consolidação. Rev Bras Enferm. 2010;63(5):853-8.
- 7 Haddad MCL. Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação em hospital universitário público [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.
- 8 Padilha EF, Matsuda LM. Qualidade dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria operacional. Rev Bras Enferm. 2011;64(4):684-91.
- 9 Rezende E, Réa-Neto A, David CM, Mendes CL, Dias FS, Schettino G, et al. Consenso brasileiro de monitorização e suporte hemodinâmico – Parte I: método e definições. Rev Bras Ter Intensiva. 2005;17(4):278-81.
- 10 Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002: dispõe sobre os procedimentos no âmbito da ANVISA para registro de produtos em processo de desenvolvimento ou de transferência de tecnologias objetos de Parcerias de Desenvolvimento Produtivo público-público ou público-privado de interesse do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): MS; 2002.
- 11 Silva EWNL, Araújo RA, Oliveira EC, Falcão VTFL. Aplicabilidade do protocolo de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2010;22(2):175-85.
- 12 Cremasco MF, Wenzel F, Sardinha FM, Zanei SSV, Whitaker IY. Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2009;22:897-902.
- 13 Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Orientações para prevenção de infecção primária da corrente sanguínea. Brasília (DF): MS; 2010.
- 14 Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHDB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2012;25(5):728-35.
- 15 Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. Int J Qual Health Care. 2009;21(4):279-84.
- 16 Springhouse I. As melhores práticas de enfermagem: procedimentos baseados em evidências. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- 17 Meneguetti MG, Martins MA, Canini SRMS, Basile-Filho A, Laus AM. Infecção urinária em unidade de terapia intensiva: um indicador de processo para prevenção. Rev RENE. 2012;13(3):632-8.
- 18 Souza ACS, Tipple AFV, Barbosa JM, Pereira MS, Barreto RASS. Cateterismo urinário: conhecimento e adesão ao controle de infecção pelos profissionais de enfermagem. Rev Eletr Enferm. 2007;9(3):724-35.
- 19 Menezes SRT, Priel MR, Pereira LL. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na praticada sistematização da assistência de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(4):953-8.
- 20 Maria MA, Quadros FAA, Grassi MFO. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. Rev Bras Enferm. 2012;65(2):297-303.

**Endereço do autor / Dirección del autor /
Author's address**

Rômulo Botelho Silva
Residência Multiprofissional em Saúde – Atenção ao
Paciente Crítico – UFMS – Hospital Universitário
Av. Filinto Muller, s/n, Vila Ipiranga
79080-190, Campo Grande, MS
E-mail: olumor-@hotmail.com

Recebido em: 14.01.2013
Aprovado em: 04.10.2013